

Rezumat

Studiul prezintă simptomele comparative a cancerului hepatic primar și al cirozei. S-a apreciat importanța a diferitor metode de diagnostic.

Summary

The liver cancer semiology has been described in comparison with liver cirrosis semiology. The value of the different diagnosis methods has been appreciated.

The differential diagnosis of the liver cancer with liver cirrosis, hemangioma, liver abscesses have been presented.

ALGORITMUL DIAGNOSTICULUI SINDROMULUI DE VENĂ CAVĂ SUPERIOARĂ CAUZAT DE TUMORILE MEDIASTINULUI

Valentin Martalog, dr. în medicină, conf. univ., **Valeriu Bîlba**, dr. în medicină, **Ana Berghii**, medic oncolog Nisporeni, **Vladimir Răilean**, medic chirurg Spitalul Sf. „Arhanghel Mihail”
Sergiu Pădure, medic rezident Catedra Hematologie și Oncologie
USMF ”Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul Oncologic

Sindromul de venă cavă superioară (SVCS) reprezintă manifestarea clinică a obstrucției venei cave superioare (VCS), cu scăderea severă a întoarcerii venoase de la nivelul capului, gâtului și extremităților superioare. Acest sindrom este o urgență medicală care se manifestă cel mai frecvent la pacienții cu procese maligne ale mediastinului și necesită diagnostic corect și tratament imediat.

SVCS a fost descris pentru prima dată în 1957 de William Hunter, la un pacient cu leziuni sifilitice ale aortei. Dacă în anii ‘50-‘70 ai sec. XX, SVCS a fost cauzat preponderent de factorii benigni (anevrismul de aortă ascendentă, tuberculoza și mediastinita fibroasă), apoi în prezent factorii maligni au ajuns să ocupe 90% din cazurile SVCS. Printre cele mai frecvente maladii ce antrenează SVCS sunt cancerul bronhopulmonar, limfomul, timomul malign, seminomul, metastazele mediastinale etc. [5, 6, 7, 8, 13, 14]. Practic, orice tumoră malignă, primitivă sau secundară, situată în mediastin, poate interesa vena cavă superioară [12,15].

Afecțiunile benigne de tipul chistului mediastinal, gușii cervico-mediastinale, mediastinitei fibroase, precum și ale anevrismului de aortă, trunchiului arterial brahiocervical constituie 5% din cauzele dezvoltării sindromului [9, 10, 11].

În prezent, există un spectru larg de metode moderne de diagnostic a tumorilor mediastinului. Stabilirea diagnosticului, localizarea procesului tumoral și legătura lui cu organele învecinate sunt determinate de dificultăți esențiale în aprecierea corectă a etiologiei afecțiunii mediastinului. De obicei, pacienții cu SVCS sunt investigați timp îndelungat, ceea ce se reflectă negativ asupra rezultatelor tratamentului.

Metodele de diagnostic utilizate în prezent, cum ar fi radiografia, tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară a toracelui, pun în evidență date importante despre procesul tumoral din mediastin, în același timp, ele poartă un caracter general, iar concluzia lor este insuficientă, deseori reprezentând mai multe maladii ale mediastinului [1, 3].

Numai colectarea materialului biptic din tumoră, prin intermediul intervențiilor chirurgicale, dă posibilitate de a confirma diagnosticul morfologic și tactica ulterioară de tratament [2, 4].

Scopul tezei. Studiarea informativității de diagnostic și constituirea unui algoritm de diagnostic al sindromului de venă cavă superioară (SVCS) cauzat de tumorile mediastinului.

Metode de cercetare. Studiul curent a cuprins 39 de pacienți cu SVCS, cauzat de tumori ale mediastinului, aflați în Secția Chirurgie toracică a Institutului Oncologic din Republica Moldova, în perioada anilor 1994 – 2005.

La 38 (97,4 %) din 39 de pacienți, SVCS a fost cauzat de tumori maligne ale mediastinului și numai într-un caz (2,6%) de cele benigne. Printre bolnavii investigați au fost 19 bărbați și 20 de femei, cu vârsta cuprinsă între 16 și 65 de ani (vârsta medie – 36,7 ani). Durata apariției primelor semne clinice, până la spitalizarea pacienților în clinică, a fost următoarea:

- până la o lună – 14 bolnavi (35,8 %),
- de la 1 lună la 3 luni – 15 bolnavi (38,4 %),
- de la 3 până la 6 luni – 8 bolnavi (20,5 %),
- de la 6 luni până la 1 an – 2 bolnavi (5,1 %).

Diagnosticul pacienților la spitalizare în Secția Chirurgie toracică este redat în figura 1:

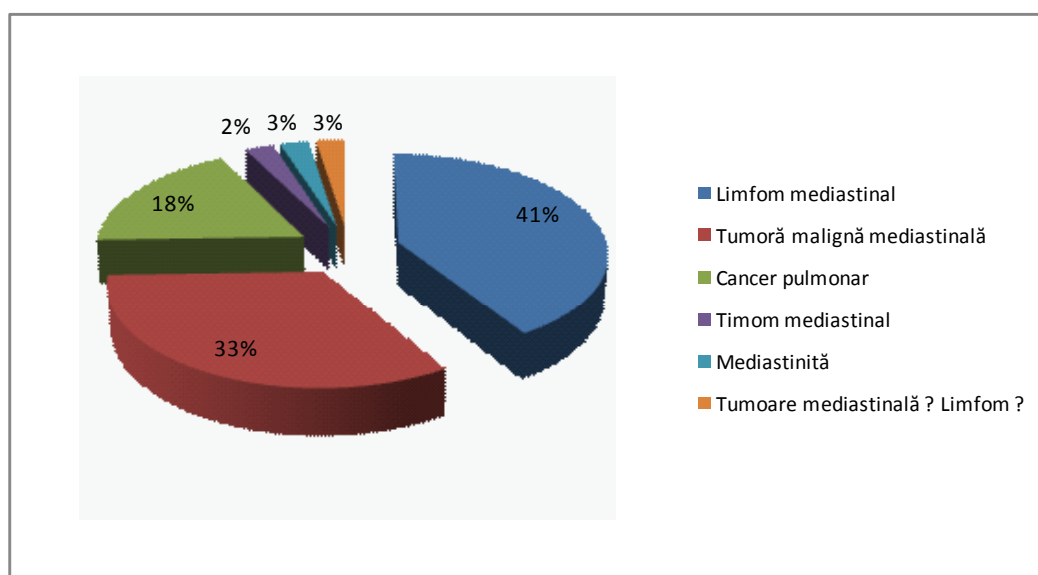


Figura 1. Diagnosticul pacienților cu SVCS la spitalizare

La toți bolnavii spitalizați în clinică au fost efectuate explorări clinice și paraclinice, care au inclus analiza clinică și biochimică a sângelui, analiza urinei, ECG, spirometria, radioscopia, radiografia, tomografia toracelui și mediastinului. Fibrobronhoscopia a fost efectuată la 15 pacienți cu tumori ale mediastinului. La 5 bolnavi au fost efectuate puncții sternale și trepan-biopsie.

Rezultatele proprii. Oricare ar fi cauza inițială a unei afecțiuni mediastinale, aceasta se poate manifesta prin unul sau mai multe semne și simptome, care în cele din urmă constituie sindromul mediastinal. Tabloul clinic al SVCS este variat și determinat de cauza, topografia obstacolului și de rapiditatea suprimării fluxului sangvin în vena cavă superioară. Oprirea bruscă a fluxului sangvin în vena cavă superioară, cauzată de creșterea unei tumori maligne a mediastinului, impune dezvoltarea unui tablou clinic mult mai sever decât în caz de instalare lentă a perturbării circulației. Semnele clinice întâlnite la bolnavii cu SVCS cauzat de tumorile mediastinului sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Manifestările clinice ale SVCS antrenate de tumorile mediastinului

Nr. d/o	Semnele clinice	Numărul bolnavilor	%
1	Dispnee	34	87,1
2	Slăbiciune generală	24	61,5
3	Edem facial și cervical	23	58,9
4	Tuse	21	53,8
5	Durere toracică	18	46,1
6	Cefalee	11	28,2
7	Dilatații venoase subcutane	10	25,6
8	Dureri retrosternale	9	23,1
9	Scădere ponderală	8	20,5
10	Amețeli	7	11,9
11	Dilatarea venelor cervicale	5	12,8
12	Edem al membrelor superioare	4	10,2
13	Disfagie	4	10,2
14	Inapetență	4	10,2
15	Cianoza feței	3	7,7
16	Subfebrilitate sau febră	3	7,7
17	Disfonie	2	5,1
18	Transpirații	2	5,1
19	Hemoptizie	2	5,1
20	Indispoziție	1	2,6
21	Palpitații	1	2,6

Cele mai frecvente semne clinice ale SVCS cauzat de tumorile mediastinului au fost: dispneea – 87,1%; slăbiciune generală – 61,5%; edem facial și cervical – 58,9%; tuse – 53,8%; durere toracică – 46,1%; cefalee – 28,2%; dilatații venoase subcutane – 25,6%; dureri retrosternale – 23,1%; scădere ponderală – 20,5%.

Semnele clinice întâlnite mai frecvent la pacienții cu SVCS cauzat de tumori mediastinale puțin diferă de semnele cardinale ale SVCS în urma altor afecțiuni, descrise de unii autori, care menționează edemul părții superioare a corpului, cianoza și circulația venoasă colaterală subcutanată ca fiind cele mai frecvente.

Prezența SVCS necesită un diagnostic cât mai rapid al obstacolului și precizarea etiologiei acestuia. Metodele radiologice efectuate, care au inclus radiosopia, radiografia toracică de față și profil, tomografia mediastinului, au permis de a primi date importante despre localizarea, forma, dimensiunile, răspândirea tumorii și concreșterea ei cu structurile și organele adiacente.

Imaginea radiologică a pus în evidență opacitatea mediastinului, lărgită de la 6 cm până la 18 cm. Concluzia radiologică a bolnavilor cu tumori ale mediastinului complicate de SVCS este prezentată în figura 2.

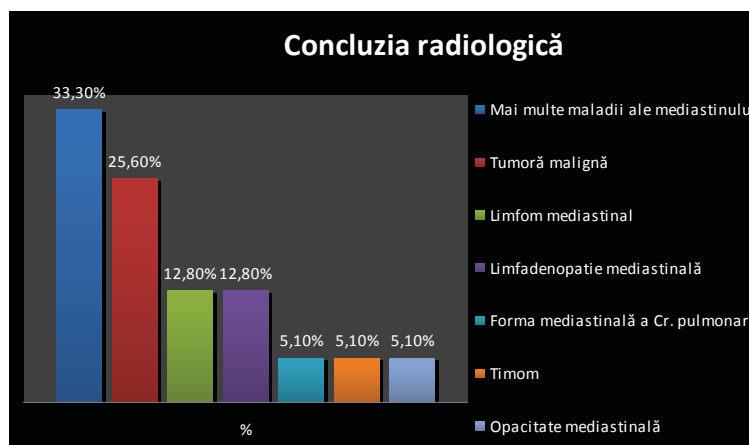


Figura 2. Reprezentarea grafică a concluziilor radiologice

Rezultatele imaginii radiologice au fost luate ca bază în stabilirea diagnosticului clinic. Mai multe maladii ale mediastinului au fost descrise la 13 (33,3%) din 39 de pacienți; urmată de tumora malignă depistată la 10 bolnavi (25,6%); limfomul mediastinal și limfadenopatie mediastinală – la câte 5 pacienți (12,8%); forma mediastinală a cancerului pulmonar, timomul și mediastinul dilatat au fost semnalate la câte 2 bolnavi (5,1%).

Tomografia computerizată a toracelui a fost efectuată la 15 (38,5%) din 39 de bolnavi cu SVCS. Necesitatea efectuării CT a fost confirmarea concluziei radiologice, care în majoritatea cazurilor au coincis. Rezultatele CT sunt prezentate în figura 3.

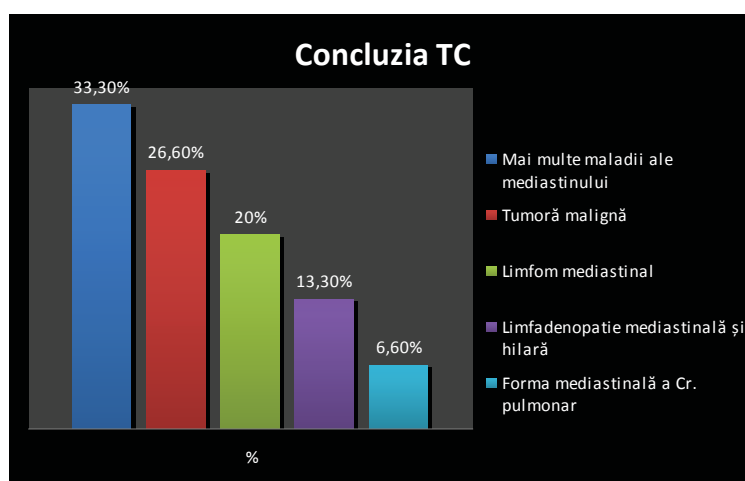


Figura 3. Concluzia CT a toracelui

În urma analizei rezultatelor obținute de la imaginile CT, au fost stabilite următoarele date: din 15 pacienți cu SVCS la 5 (33,3%) s-au descris mai multe maladii ale mediastinului; la 4 bolnavi (26,6%) a fost depistată tumoră malignă; limfomul mediastinal a fost descris la 3 bolnavi (20%); limfadenopatie hilară și mediastinală s-au depistat la 2 bolnavi (13,3%) și forma mediastinală a cancerului pulmonar la un pacient (6,6%).

Concluzia radiologică și CT nu satisface cliniciștii, deoarece pentru stabilirea diagnosticului definitiv și aprecierea metodei de tratament este necesară structura morfologică a tumorii. Cu acest scop au fost folosite metode chirurgicale pentru verificarea morfologică a diagnosticului la 35 (89,7%) din 39 de pacienți cu tumori ale mediastinului și SVCS care sunt expuse în tabelul 2.

4 bolnavi (10,2%) din 39 de pacienți au fost spitalizați în stare gravă și au necesitat tratament chimio-radioterapeutic din primele zile.

Un diagnostic definitiv în urma verificării morfologice prin metode chirurgicale au obținut 24 (68,5%) din 35 de pacienți investigați, diagnostic de tumoră malignă – 4 (11,4%), iar la 7 bolnavi (20,1%) materialul colectat a fost neinformativ.

Trebuie remarcat că la 15 (38,4 %) din 39 de pacienți cu SVCS cauzat de tumori mediastinale fără confirmare morfologică, diagnosticul definitiv și tratamentul a fost stabilit prin consiliu medical, cu participarea medicilor imagist, radioterapeut, hematolog, oncopulmonolog și chimioterapeut.

Cea mai frecventă maladie care a antrenat sindromul de venă cavă superioară (tabelul 3) a fost limfomul non Hodgkin, confirmat morfologic la 12 pacienți (30,8%); tumora malignă la 4 pacienți (10,3%); maladia Hodgkin, forma mediastinală a cancerului pulmonar și limfomul malign a câte – 2 pacienți (5,1%) ; timomul malign și chistul mediastinal la câte un pacient (2,6%).

Astfel, tumorile maligne au cauzat cel mai frecvent sindromul de venă cavă superioară (97,4 %). În același timp, leziunile benigne au provocat obstacolul suprazigos numai în 2,6%.

Trebuie menționat că rezultatele comparative ale diagnosticului la spitalizare, concluzia radiologică și a diagnosticului definitiv în majoritatea cazurilor nu au coincis (tabelul 4).

Rezultatele prezentate în tabel demonstrează că verificarea morfologică a tumorii permite stabilirea diagnosticului definitiv și efectuarea diagnosticului diferențial al tumorilor mediastinului.

Așadar, analizând rezultatele investigațiilor efectuate, putem concluziona că diagnosticul tumorilor mediastinului care provoacă SVCS în majoritatea cazurilor poate fi stabilit prin diferite metode de colectare a materialului biptic. Biopsia permite de a colecta materialul pentru analiza histologică și citologică, iar rezultatul pozitiv al acestor investigații, de regulă, permite de a stabili un diagnostic corect și aprecierea ulterioară a tacticii de tratament.

Astfel, rezultatele studiului efectuat au demonstrat că algoritmul de diagnostic al sindromului de venă cavă superioară cauzat de tumorile mediastinului include examenul clinic, radiologic, tomografic și morfologic.

Concluzii:

1. Sindromul de venă cavă superioară a fost cauzat preponderent de tumorile maligne ale mediastinului.
2. Manifestările clinice de SVCS sunt diverse și determinate de cauză, topografia obstacolului și de rapiditatea suprimării fluxului sanguin în vena cavă superioară.
3. Metoda radiologică și tomografia computerizată a toracelui oferă cea dintâi posibilitate de a depista tumorile mediastinului, forma și dimensiunile.
4. Confirmarea morfologică a tumorilor mediastinului ce cauzează SVCS prin metoda chirurgicală permite stabilirea diagnosticului definitiv și a tacticii ulterioare de tratament.
5. Algoritmul de diagnostic al sindromului de venă cavă superioară cauzat de tumorile mediastinului, elaborate în urma cercetărilor realizate, are la bază examenul clinic, radiologic, tomografic și morfologic.

Metodele chirurgicale utilizate pentru colectarea materialului biptic

Tabelul 2

Nr. d/o	Metodele de diagnostic	Rezultatul morfologic							
		Diagnosticul definitiv		Tumoră malignă		Neinformative		Total	
		Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%
1.	Mediastinotomia procedeu Chamberlen	4	11.4	2	5.7	1	2.9	7	20.0
2.	Cervicotomia Razumovchii cu mediastinotomie	1	2.9	-	-	1	2.9	2	5.8
3.	Puncția tumorii	4	11.4	-	-	3	8.6	7	20.0
4.	Toracotomie diagnostică	6	17.1	2	5.7	-	-	8	22.8
5.	Operații citoreductive	4	11.4	-	-	-	-	4	11.4
6.	Exereza chistului	1	2.9	-	-	-	-	1	3.0
7.	Biopsia ganglionilor limfatici periferici	4	11.4	-	-	2	5.7	6	17.1
8.	Total	24	68.5	4	11.4	7	20.1	35	100

Tumorile mediastinului care au antrenat SVCS

Tabelul 3

Nr. d/o	Diagnosticul definitiv	Confirmare morfologică		Prin consiliu medical		Total	
		Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%
1.	Limfom non Hodgkin	12	30,8	4	10,3	16	41,1
2.	Mălădia Hodgkin	2	5,1	1	2,6	3	7,7
3.	Forma mediastinală a cancerului pulmonar	2	5,1	3	7,7	5	12,8
4.	Limfomul malign	2	5,1	3	7,7	5	12,8
5.	Tumora malignă	4	10,3	2	5,1	6	15,4
6.	Timom malign	1	2,6	2	5,1	3	7,7
7.	Chist mediastinal	1	2,6	-	-	1	2,6
8.	Total	24	61,6	15	38,5	39	100

Rezultatele comparative a diagnosticului la spitalizare, radiologice și a diagnosticului morfologic definitiv

Tabelul 4

Nr. d/o	Denumirea patologiei	Diagnostic la internare n = 39		Concluzia radiologică n = 39		Diagnostic morfologic definitiv n = 24	
		Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%	Numărul bolnavilor	%
1.	Limfom mediastinal	16	41,0	5	12,8	16	66,7
2.	Forma mediastinală a cancerului pulmonar	7	17,9	2	5,1	2	8,3
3.	Tumora malignă	13	33,3	10	25,6	4	16,7
4.	Timom malign	1	2,5	2	5,1	1	4,2
5.	Chist mediastinal	-	-	-	-	1	4,2
6.	Mediastinită	1	2,5	-	-	-	-
7.	Linfadenopatie mediastinală	-	-	5	12,8	-	-
8.	Mediastin dilatat	-	-	2	5,1	-	-
9.	Mai multe maladii ale mediastinului	1	2,5	13	33,3	-	-
10.	Total	39	100,0	39	100,0	24	100,0

Referințe bibliografice

1. Барчук А. С., Лемехов В. Т., Клименко В. Н.. Значение видеоракоscopии в диагностике новообразований органов средостения. Вопросы онкологии, 1999, том 45; № с. 298-301.
2. Богуш Л.К., Жарахович И.А. Биопсия в пульмонологии М., «Медицина», 1978, 236 с.
3. Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения. 1977, 405 с.
4. Демидов В.А., Лебедев В.А. «Диагностика и лечение новообразований средостения», Науч. Обзор. М., 1978, 70 с.
5. Bacha E.A., Chapelier A.R., Macchiarini O., Fadei E., Dartteville P.G Surgery for invasive primar mediastinal tumors // Ann Thorac Surg., 1998; 66(1); 234-239.
6. Baslaim G., de Varennes B. Localized idiopathic fibrosing mediastinitis as a cause of superior vena cava syndrome: a case report. // Canadian J.I surg., 1998; 41(1): 68-71.
7. Blendowski H.S. Superior vena cava syndrome.// Semin.Oncol. Nurs. 1999; 15(3): 183-9.
8. Făgărașanu D., Socoteanu L, Gherghiceanu D., Cristescu M., Roman C., Pop de Pop; Aportul chirurgiei la diagnosticul și tratamentul afecțiunilor tumorale mediastinale. // Simpozion interdisciplinar. Mediastinul Spitalul Clinic Fenudeni, 1986.
9. Kitada M., Kubo Y., Hirata S., Yasuyanagi E., Nosaka T., et. al. Malignant mediastinal lesions with invasion to the superior vena cava. // Kyobu Geka - Journal of the Thoracic Surgery. 1995; 48 (12): 985-989.
10. Kuntz C.A. Thoracic surgical oncology. Clin. Tech. Small. Anim. Pract. 13(1): 47-52, 1998. U: 98274804.
11. Melita P.M., Kinsella J.T. Superior vena cava syndrome Clinical Features, Diagnosis and Treatment in General Thoracic Surgery. // Thomas Schields Fifth edition. 2001; 2149-2166.
12. Mc Farland J.J., Kahn M.B., Bellows C. F., Shah R.M., et. al. Superior Vena cava syndrome, caused by aneurysm of the innominate artery.// Ann. Thorac Surg., 1995; 59(1): 227-9.
13. LoKinch J.J Goodman R: Superior vena cava syndrome: Clinical management. // JAMA, 1975; 231:58.
14. Newhouse M.T. Thoracoscopy: Diagnostic and the therapeutic indications // Pneumology.- 1989.-vol. 43.- p.48-52.

15. Nieto A.F., Doty D.B : Superior vena cava obstruction: Clinical syndrome, etiology and treatment. // Curr. Probii. Cancer. 1984; 10:441.
16. Nunnelee JD. Superior vena cava syndrome.// J Vasc Nurs. 2007; 25(1):2-5.
17. Vericat M.C., Mayer M.A., Pujadas R., Casanas R., et. al. The Superior vena cava syndrome as a manifestation of aortic dissection following aortic valve replacement.//An med. Interna. 1999; Interna. 1999; 16 (1):48-49.

Rezumat

Autorii analizează cazul a 39 de pacienți, cu sindrom de venă cavă superioară, cauzată de tumori mediastinale. În baza cercetărilor s-a stabilit un algoritm de diagnostic. De asemenea articolul relevă importanța morfologică a confirmării tumorului mediastinal în tratamentul sindromului de venă cavă superioară.

Summary

The authors present 39 patients with superior cava vein syndrome caused by mediastinal tumors. Based on the investigations that have been made, we established an algorithm of diagnosis of the superior cava vein syndrome caused by mediastinal tumors. The paper mentions the importance of the morphological confirmation of the mediastinal tumors for the superior cava vein syndrome's treatment.

REZULTATELE IMEDIATE ȘI LA DISTANȚĂ ALE BOLNAVILOR OPERAȚII RADICAL DE CANCER GASTRIC CU PILOROSTENOZĂ

Nicolae Ghidirim, dr. hab. în medicină, conf. univ., **Curie Coșciug**, dr. hab. în medicină, prof. univ.,
Lilian Antoci dr. în medicină, **Lidia Codrean**, rezidentă, **Ana Donscaia** dr.hab. în medicină.,
Vitalie Godoroja, **Marina Gabunia**, **Victor Catrinici**, dr. în medicină, **Lorena Mednicov**,
N. Buruian, dr. în medicină, **Nicolae Corobcean**, asist. univ.
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Hematologie și Oncologie
IMSP Institutul Oncologic, Laboratorul Gastropulmonologie

Introducere. Cu toate că se înregistrează diminuări esențiale ale incidenței cancerului gastric (CG) în America de Nord și în Europa în a doua jumătate a sec. XX, acesta continuă să reprezinte a doua cauză de mortalitate prin cancer (12,1%), rămânând în structura oncologică a doua sau a treia neoplazie ca frecvență în întreaga lume. Incidența cancerului gastric la nivel mondial este larg variabilă, astfel de variații întâlnindu-se la puține tipuri de tumori. În pofida faptului de a avea o tendință stabilă de scădere a morbidității, CG rămâne una dintre cele mai răspândite forme de tumori maligne la om. După datele OMS, anual decedează de CG 750.000 de oameni. CG prezintă o problemă foarte serioasă, atât în aspect etiopatogenetic, cât și în cel al diagnosticului și tratamentului. Referitor la datele epidemiologice – geografice, prevalența și mortalitatea CG (îndeosebi în localizări distale) a scăzut semnificativ în toate regiunile geografice și la toate vârstele, cu 2–7 % pe an. Incidența CG în Uniunea Europeană este de 18.9/100.000/an, iar mortalitatea – de 14.7/100.000/an, cu ratele de 1,5 ori mai crescute la sexul masculin și cu vârful incidenței în decada a șaptea. În Japonia, incidența CG este cea mai sporită, constituind 100/100.000/an, și prezintă prima cauză de deces prin cancer.

Totodată sunt unele țări, unde CG se întâlnește foarte rar (1-2-3‰ în Indonezia, Mexic, Senegal etc.) C. Barthelemy, 1977, P. Cole, F. Reppeto, 1978, I. Chiricuța, GH. Bolba, 1984, N. Hayes, D. Karat, D.J. Scott, S.A. Raimes, S.M. Griffin, 1996, M. Sasako, 1997, C.S. Wang, S. Hsueh, T.C. Chao, 1997.

În Republica Moldova, CG a diminuat treptat, deplasându-se în structura oncologică de pe locul întâi în anii '70 ai sec. XX, cu incidența de 21-30‰₀₀₀, pe locul patru în prezent, constituind o incidență de circa 12,8‰ (N. Ghidirim, 2007).

Din cauza unei adresări tardive a bolnavilor, rezultatele tratamentului cancerului gastric nu sunt satisfăcătoare, îndeosebi al celui însoțit de complicații. Complicațiile mai frecvent întâlnite în cancerul gastric sunt: pilorostenoză și stenoza cardiei, cu diferite grade de disfagie; hemoragiile gastrice și perforația tumorii. Conform datelor relatate de diferiți autori, în cadrul complicațiilor, pilorostenozele se întâlnesc în 70%, hemoragiile ≈16%, implicări cardioesofagiene cu disfagie ≈8-9% și perforațiile ≈5-7% (IO. Бепезов, 1976, M. Sasako, 1995, M. Буянов, 1985, W. Akihiro și. al., 1984, I. Satoshi, 1999, B. Hoerni, 2001, N. Angelescu, 2001 și alții).

Este binecunoscut faptul, că o bună parte a complicațiilor cancerului gastric depinde de sediul și stadiul tumorii. De cele mai multe ori pilorostenozele sunt provocate de stadiul avansat al tumorii, cu sediul în regiunea piloroantrală.